

ใบเบิกเงิน

กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ที่ ๓๒/๒๕๖๓

วันที่ ๑๖ กรกฎาคม ๒๕๖๓

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ

ตามที่คณะกรรมการ กองทุนสุขภาพตำบล เทศบาลตำบลเกาะนางคำ ได้อนุมัติแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม พัฒนาประสิทธิภาพการบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้แก่ หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน เทศบาลตำบลเกาะนางคำ จำนวน ๗๘,๗๗๐.๐๐ บาท (เจ็ดหมื่นแปดพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบบาทถ้วน) นั้น หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน เทศบาลตำบลเกาะนางคำ มีความประสงค์จะขอเบิกเงิน จำนวน ๒,๔๐๐.๐๐ บาท (สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน) เพื่อนำไปดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมดังกล่าว พร้อมนี้ได้แนบ เอกสาร หลักฐาน ประกอบ การขอเบิกเงิน จำนวน ๑ ฉบับ มาให้พิจารณาด้วยแล้ว ทั้งนี้ในการรับเงิน นางสาวพาวินี เหมียนเอียด จะเป็นผู้รับเงิน

ลงชื่อ _____ ผู้ขอเบิก
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักงานปลัดฯ

ได้ตรวจสอบเอกสารและงบประมาณที่ได้รับ มีความครบถ้วนถูกต้อง เห็นควร ดำเนินการต่อไป รวมทั้งได้ให้รายการที่ขอเบิกในครั้งนี้เรียบร้อยแล้ว มียอด เงินคงเหลือ ๘๕,๓๗๐.๐๒ บาท (แปดหมื่นห้าพันเจ็ดร้อยหกบาทสิบสอง สตางค์)
ลงชื่อ _____
(นางมลิศันะ เสินยีหิม)
นักวิชาการเงินและบัญชี
วันที่ _____

เรียน ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
เห็นควรให้เบิกจ่าย
จำนวน ๒,๔๐๐.๐๐ บาท
ลงชื่อ _____
(นางมลิศันะ เสินยีหิม)
นักวิชาการเงินและบัญชี
วันที่ _____

เรียน นายก เทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ
เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน ๒,๔๐๐.๐๐ บาท
ลงชื่อ _____
(นายศุภรักษ์ เสินหิม)
ปลัดเทศบาลตำบลเกาะนางคำ
วันที่ _____

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้
จำนวนเงิน ๒,๔๐๐.๐๐ บาท
ลงชื่อ _____
(นายสันติ เสินหิม)
นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ
วันที่ _____

จ่ายเป็น
Δ เชื้อฉีดพร้อม/ตัวแลกเงิน/ธนาณัติ
Δ เงินสด (ไม่เกิน ๕,๐๐๐ บาท)
Δ ทางธนาคาร ธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร สาขา ปากพะยูน บัญชีเลขที่ ๔๔๕-๒-๔๓๕๓๗-๗ เลขที่เช็ค ๑๒๕๑๑๑๓ ลงวันที่ _____
จำนวนเงิน ๒,๔๐๐.๐๐ บาท (สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน)
จ่ายให้ นางสาวพาวินี เหมียนเอียด

ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นายสันติ เสินหิม)
นายกเทศมนตรีตำบลเกาะนางคำ
ลงชื่อ _____ ผู้มีอำนาจลงนาม
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
หัวหน้าสำนักงานปลัดฯ

หลักฐานการเบิกจ่ายเงิน

ได้รับเงินจำนวน ๒,๔๐๐.๐๐ บาท
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๑)
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ตำแหน่ง หัวหน้าสำนักงานปลัดฯ
ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน (๒)
ตำแหน่ง _____
วันที่ _____

ได้จ่ายเงินเรียบร้อยแล้ว จำนวน ๒,๔๐๐.๐๐ บาท
ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน
(นางมลิศันะ เสินยีหิม)
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี
วันที่ _____

หมายเหตุ (๑) ให้แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน ของผู้รับเงิน /ใบมอบอำนาจพร้อมหลักฐานประกอบ

หมายเหตุ :

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

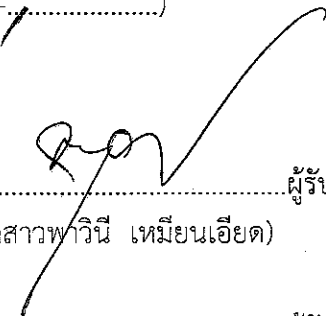
ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

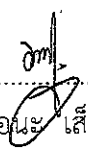
ข้าพเจ้า.....นางสาวพาวินี เหมียนเอียด..... บ้านเลขที่.....70/1..... หมู่ที่.....5..... ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง..... ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้


รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ โดยจ่ายให้นางสาวพาวินี เหมียนเอียด ซึ่งได้ทตรงจ่ายไปแล้ว	2,400	-
บาท	2,400	-

จำนวน (.....สองพันสี่ร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
นางมาสีออนะ เส้นยี่หิม
นักวิชาการเงินและบัญชี

(ลงชื่อ)..........พยาน
(นางสาวรอพี้อะ เทพทอง)
พนักงานจ้างทั่วไป

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

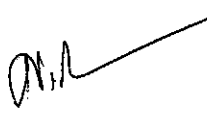
ใบสำคัญรับเงิน

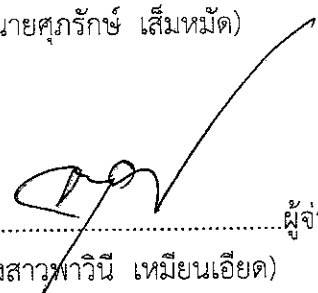
วันที่.....⁹.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นายศุภรักษ์ เส็มหมัด..... บ้านเลขที่.....260..... หมู่ที่.....4.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายศุภรักษ์ เส็มหมัด)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง


ใบสำคัญรับเงิน

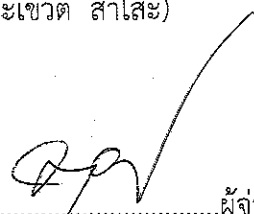
วันที่ ๑๗ เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นายสะเขวด สาโง๊ะ..... บ้านเลขที่.....101..... หมู่ที่.....5.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายสะเขวด สาโง๊ะ)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

ใบสำคัญรับเงิน


9

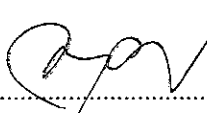
วันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวกฤติยาภรณ์ สีมัสมิง..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....2..... ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง..... ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....-สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวกฤติยาภรณ์ สีมัสมิง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

ใบสำคัญรับเงิน

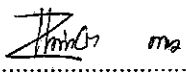
๑

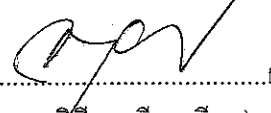
วันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวหรือพี่อะ ขวดหริ่ม..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....4.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....-สามร้อยบาทถ้วน-.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวหรือพี่อะ ขวดหริ่ม)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

ใบสำคัญรับเงิน

๑

วันที่.....เดือน มกราคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางรงทิพย์ ศิริ..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....๑.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....-สามร้อยบาทถ้วน-.....)

(ลงชื่อ).....*รงทิพย์*.....ผู้รับเงิน
(นางรงทิพย์ ศิริ)

(ลงชื่อ).....*[Signature]*.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

ใบสำคัญรับเงิน

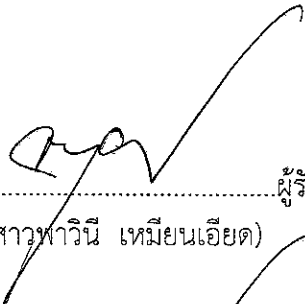
9


วันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวพาวินี เหมียนเอียด..... บ้านเลขที่.....70/1..... หมู่ที่.....5..... ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง..... ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

ใบสำคัญรับเงิน


๑

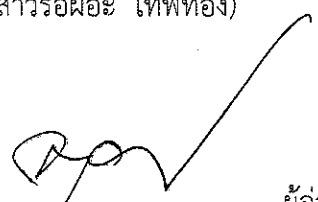
วันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

ข้าพเจ้า.....นางสาวรอฝือ๊ะ เทพทอง..... บ้านเลขที่.....83/1..... หมู่ที่.....5.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....-สามร้อยบาทถ้วน-.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นางสาวรอฝือ๊ะ เทพทอง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ

กองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง

ใบสำคัญรับเงิน


๑

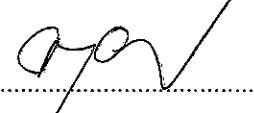
วันที่.....เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2563

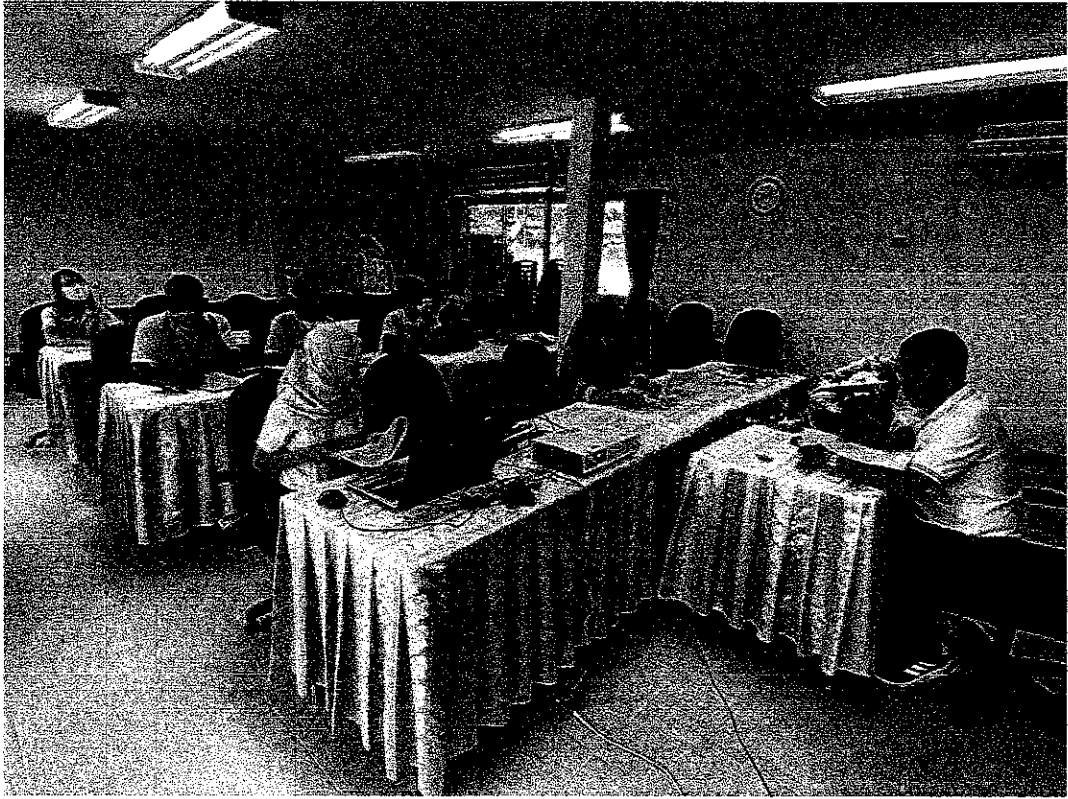
ข้าพเจ้า.....นายสุทรง สมแสง..... บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ตำบล.....เกาะนางคำ..... อำเภอ.....ปากพะยูน..... จังหวัด.....พัทลุง.....
ได้รับเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลเกาะนางคำ อำเภอปากพะยูน จังหวัดพัทลุง ดังต่อไปนี้

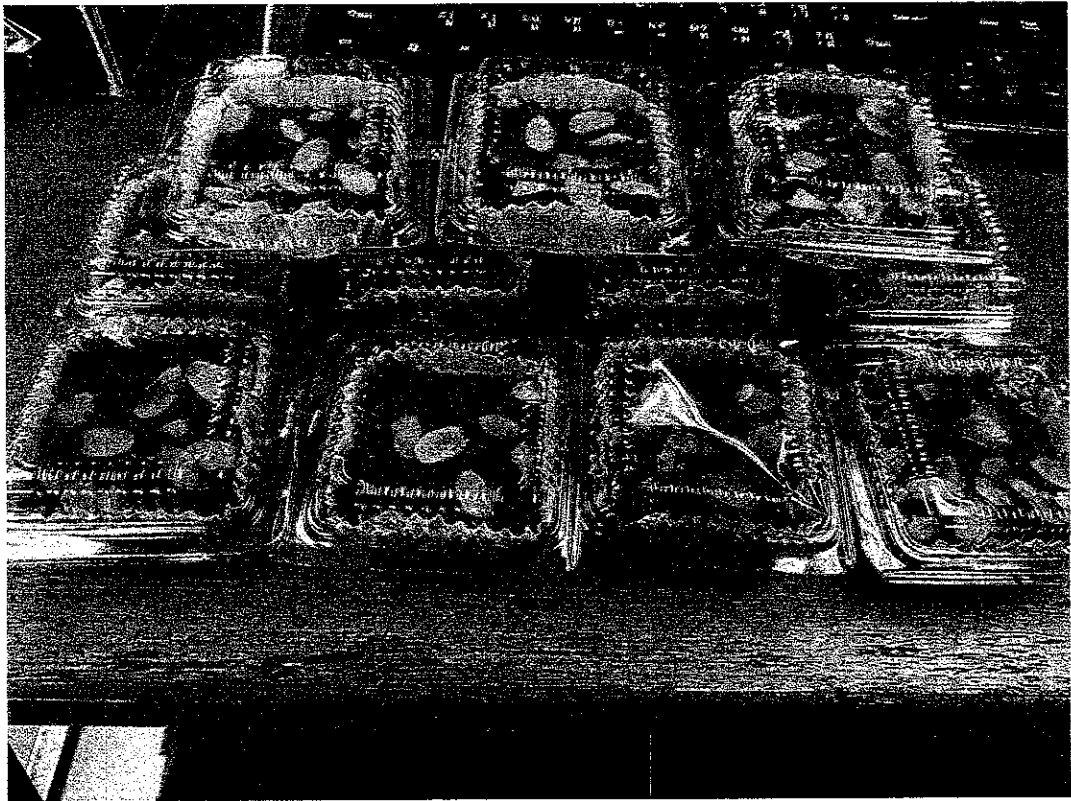
รายการ	จำนวนเงิน	
- ค่าตอบแทนคณะกรรมการกองทุนฯ	300	-
บาท	300	-

จำนวน (.....-สามร้อยบาทถ้วน.....)

(ลงชื่อ)..........ผู้รับเงิน
(นายสุทรง สมแสง)

(ลงชื่อ)..........ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพาวินี เหมียนเอียด)
ผู้ช่วยเลขานุการกองทุนฯ/กรรมการ





รายชื่อลงทะเบียนผู้เข้าประชุมคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาว
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๓

วันพฤหัสบดี ที่ ๙ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๓ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมสำนักงานเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๑	นายสันติ เส็มหมัด	ประธานอนุกรรมการฯ		
๒	นายสะเวต สาโล๊ะ	อนุกรรมการฯ		
๓	นางสาวกฤติยาภรณ์ สีมัสมิง	อนุกรรมการฯ		
๔	นายแพทย์พิพัฒน์ พิพัฒน์รักษาเดวี	อนุกรรมการฯ		
๕	นายคิมพิฏ์ คิมกร์เหมื่อน	อนุกรรมการฯ		นายคิมค.
๖	นายสุทรง สมแสง	อนุกรรมการฯ		
๗	นางสาวหรรณี อื้อ ขวดหริ่ม	อนุกรรมการฯ		
๘	นางรวงทิพย์ ศิริ	อนุกรรมการฯ		
๙	นายศุภรักษ์ เส็มหมัด	อนุกรรมการฯ/เลขานุการฯ		
๑๐	นางสาวพาวินี เหมียนเอียด	อนุกรรมการฯ/ผู้ช่วยเลขานุการฯ		
๑๑	นางสาวรอพิยะ เทพทอง	อนุกรรมการฯ		

รายงานการประชุมคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(Long Term Care : LTC) ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓
ครั้งที่ ๒/๒๕๖๓

วันพฤหัสบดี ที่ ๙ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๓ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้อง ประชุมสำนักงานเทศบาลตำบลเกาะนางคำ

เริ่มประชุม เวลา	๑๓.๓๐ น.
นายศุภรักษ์ เส็มหมัด	สวัสดิคณະอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) และผู้เข้าร่วมประชุมทุกท่านครับ วันนี้เป็นการประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติ Care Plan หรือแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ครับ
ระเบียบวาระที่ ๑ นายศุภรักษ์ เส็มหมัด	เรื่องที่ประธานแจ้งให้ที่ประชุมทราบ - วันนี้ประธานกองทุนฯ ตัดการกิจ จึงมอบหมายให้ผมประชุมแทนครับ
ระเบียบวาระที่ ๒	รับรองรายงานการประชุมครั้งที่แล้ว - รับรองรายงานการประชุม
ระเบียบวาระที่ ๓	เรื่องด่วน - ไม่มี
ระเบียบวาระที่ ๔ นางสาวห่อฝื่อะ ขวดหริ่ม	เรื่องเสนอเพื่อพิจารณา สำหรับวันนี้ก็จะเป็นการประชุมเพื่อพิจารณาอนุมัติ Care Plan หรือแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเทศบาลตำบลเกาะนางคำ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ขออนุญาตเชิญนางสาวห่อฝื่อะ ขวดหริ่ม ซึ่งเป็น CM ชี้แจงรายละเอียดข้อมูลดังกล่าวครับ - สวัสดิคณະอนุกรรมการฯ ทุกท่านคะ ในตำบลเกาะนางคำมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งไม่ใช่ผู้สูงอายุทุกคนที่จะมีภาวะพึ่งพิง ต้องผ่านการประเมิน ADL และคะแนนจะต้อง น้อยกว่าหรือเท่ากับ ๑๑ เท่านั้น หากช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย คะแนนจะเท่ากับ ๐ ซึ่งภาวะนี้เรียกว่าภาวะสุดท้ายของชีวิต ในปัจจุบันผู้ที่สามารถรับงบประมาณในส่วนนี้ได้จะรวมถึงทุกคนที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่จำกัดอายุและสิทธิการรักษา ซึ่งแต่เดิมจะมีแค่ผู้สูงอายุที่มีสิทธิ์บัตรทองเท่านั้น - Care Give ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือที่เรียกกันว่า CG ในตำบลเกาะนางคำ มีดังนี้ ๑. นางสาวปิยฉัตร ชูช่วย ๒. นางสาววรรฤดี สุขสะปาน ๓. นางรวงทิพย์ ศิริ ๔. นางอะมิตะ นิยมเดชา ๕. นางอะติกะ แนนดำ ๖. นางสุนิสา สวงาม

- การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

B5 พึ่งตนเองสมบูรณ์ ด้านการเคลื่อนไหว/สุขภาพจิต/การกินอาหาร/การขับถ่าย

B4 พึ่งตนเองไม่สมบูรณ์ กินอาหารเองได้/ขับถ่ายเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ดูแล

B3 พึ่งตนเองไม่ได้ ต้องการการดูแลทั้งด้านการกินอาหาร/การขับถ่าย

C4 สืบสนแต่พึ่งตนเองได้ทั้งด้านการกินอาหาร/การขับถ่าย

C3 สืบสนแต่พึ่งตนเองได้ด้านการกินอาหาร/การขับถ่าย แต่ต้องการคนช่วยเหลือ

C2 สืบสนและต้องการคนดูแลทั้งด้านการกินอาหารและการขับถ่าย

I3 เคลื่อนไหวไม่ได้ แต่พึ่งตนเองได้ในการกินอาหาร

I2 เคลื่อนไหวไม่ได้ แต่ต้องการการดูแลด้านการกินอาหาร แต่กินอาหารที่ป้อนได้

I1 เคลื่อนไหวไม่ได้ ต้องการการดูแลด้านการกินอาหาร แต่ผิดปกติในการกลืนอาหารที่ป้อน

- ต่อไปจะนำเสนอแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งอนุมัติงบประมาณมาแล้วทั้งสิ้นจำนวน ๒๗ คน แต่เสียชีวิตไปแล้ว ๔ คน วันนี้จึงมานำเสนอเพื่อขออนุมัติ จำนวน ๒๓ คนคะ ซึ่งรายละเอียดแผนการดูแล จนท.ได้จัดส่งให้คณะกรรมการทุกท่านแล้ว ซึ่งจะเป็นการคำนวณงบประมาณทั้งปี และเป็นงบประมาณที่ได้ไปสืบราคากับทางร้านค้ามาแล้วคะ

๑. นายหมัด หมั้นหมั้น เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๕๙๓๐๖๕๐๐๐๗๔๗๐

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๑๑, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดเมื่อยตามตัว มีน้ศีรษะบางครั้ง

อาการ : มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. นม (แพ็ค ๖ กล่อง) จำนวน ๑๒ แพ็คๆละ ๔๗ บาท เป็นเงิน ๕๖๔ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน

๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๑,๗๖๔ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด

มติที่ประชุม

นางสาวหรรณี อดิชาติ

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ

เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๒. นางเมือก ทองประสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๒๕๐๕๖๒

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๑๑, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประจำตัว เบาหวาน ขาไม่มีแรง ไม่สามารถเดินได้ เคลื่อนตัวไปมาด้วยมือทั้งสองข้าง

อาการ : มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. นม (แพ็ค ๖ กล่อง) จำนวน ๑๒ แพ็คๆละ ๔๗ บาท เป็นเงิน ๕๖๔ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน

๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๑,๗๖๔ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด

มติที่ประชุม

นางสาวหรรณี อดิชาติ

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ

เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๓. นายหย่า หมุดเหล็ก เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๖๐๗๙๕

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๑๑, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดเมื่อยตามตัว ผู้ป่วยอัมพฤกษ์

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. นม (แพ็คเกจ ๖ กล่อง) จำนวน ๑๒ แพ็คเกจละ ๔๗ บาท เป็นเงิน ๕๖๔ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๑,๗๖๔ บาท

นายศุภรัักษ์ เส็มหมัด

มดที่ประชุม

นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๕. นางขอหย๊ะ ขวดหริ่ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๖๐๔๖๙

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๑๑, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาอ่อนแรง เดินไม่ได้

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. แผ่นรองก้น (๑๐ ชั้น/ห่อๆละ ๙๐ บาทX๓ ห่อ) จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕๖๔ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๔๕๐ บาท

นายศุภรัักษ์ เส็มหมัด

มดที่ประชุม

นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๕. นายทรูณ มาเส็ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๕๓๔๐๒

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๑๑, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : โรคประต้วหลอดเลือดสมอง อัมพฤกษ์ข้างขวา ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องมีผู้ช่วยเหลือหลัก การสื่อสารไม่ชัด ทำให้ไม่พูด

อาการ : ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/ มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. แผ่นรองก้น (๑๐ ชั้น/ห่อๆละ ๙๐ บาทX๓ ห่อ) จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕๖๔ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๔๕๐ บาท

นายศุภรัักษ์ เส็มหมัด

มดที่ประชุม

นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๖. นางใหม่ ยียะกูป เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๖๐๒๕๖

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๙, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดเข่าทั้งสองข้าง

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ M (๒๐ ชิ้นๆละ ๑๓ บาท/เดือนๆละ ๒๖๐ บาท) จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๑๒๐ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๓๒๐ บาท

นายศุภรัักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๗. นางเสี๊ยะ ราชพิทักษ์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๒๔๓๗๔๑

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๙, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ขาโก่งงอ เดินลำบาก

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/มีความอ่อนแรง ของ
กำลังมือ แขน ขา/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ L (๒๐ ชิ้นๆละ ๑๕ บาท/เดือนๆละ ๓๐๐ บาท) จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๖๐๐ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๘๐๐ บาท

นายศุภรัักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๘. นายอุหมาด หนูสวน เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๕๑๗๗๐

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๙, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : อัมพฤต

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/มีความอ่อนแรง ของ
กำลังมือ แขน ขา/สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง
ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ M (๒๐ ชิ้นๆละ ๑๓ บาท/เดือนๆละ ๒๖๐ บาท) จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๑๒๐ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๓๒๐ บาท

นายศุภรัักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๙. นางแพร อินทรคง เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๓๓๕๑๗

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๗, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : กระดูกแขนข้างขวา รักษาหายแต่ต้องมีผู้ดูแล

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/มีความอ่อนแรง ของ
กำลังมือ แขน ขา/มีปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/
ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ เบอร์ M (๒๐ ชิ้นๆละ ๑๓ บาท/เดือนๆละ ๒๖๐ บาท) จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๑๒๐ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๓๒๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๐. นายสุสมาน ฝาท๊ะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๖๐๒๙๙

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๕, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้พิการเกิดจากอุบัติเหตุ ผ่าตัดสมอง

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/มีความอ่อนแรงของ
กำลังมือ แขน ขา/สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง
ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. นม (แพ็คละ ๖ กล่อง) แพ็คละ ๔๗ บาท จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕๖๔ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๑,๗๖๔ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๑. นายภานุพงศ์ โสดเหล้ม เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๘๐๐๘๐๐๒๘๐๐๔๑

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๒, TAI=I3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ปวดฟัน อาหารย่อยยาก ท้องผูก

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/ช่องปากไม่สะอาด/มี
ความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง/สวมใส่
เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมเด็กชนิดสวม เบอร์ XXL (๔๖ ชิ้นๆ/ท่อๆละ ๒๘๐ บาท) จำนวน ๑๒ เดือน
เป็นเงิน ๓,๓๖๐ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๔ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๗๖๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๒. นางสาวกัญญารัตน์ หมัดหย่า เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๙๓๐๖๐๐๑๔๘๗๐๐

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๑, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไข้ ชัก ตอน ๕ ขวบ ด้วยโรคไข้กาฬหลังแอ่น ทำให้พิการ

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/ช่องปากไม่สะอาด/มี
ความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/มีความเจ็บปวดบริเวณฟันและเหงือก ปากแห้ง/สวมใส่
เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมเด็กชนิดสาม เบอร์ XXL (๕๖ ชิ้น/ห่อๆละ ๒๘๐ บาท) จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๓๖๐ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๔ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๕,๗๖๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๓. นายคำฮาน หมัดระหีม เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๕๙๓๐๖๐๐๐๒๐๐๗๒

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๑, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นท้อง อาหารไม่ย่อยเนื่องจากไม่เคลื่อนไหว

อาการ : มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. แผ่นรองกัน (๑๐ ชิ้น/ห่อๆละ ๙๐ บาท ๓ ห่อ)จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๒๔๐ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๔๔๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๔. นางเจียม แก้วมณี เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๒๔๙๙๑๐

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๐, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : พลัดตกหกล้มทำให้มีปัญหาเรื่องการเดิน ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/มีปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถเดินได้ตามลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เบอร์ M (๓๔ ชิ้น/ห่อๆละ ๔๒๕ บาท) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕,๑๐๐ บาท

๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๔ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๗,๕๐๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๕. นางก้อหะยะ สันหมาน เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๒๔๙๕๕๖

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๐, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : รับประทานอาหารเหลว โดยการป้อน

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/กลั้นลำบาก/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/มีปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้

รายละเอียดงบประมาณ :

1. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เบอร์ M (๓๔ ชั้น/ห่อๆละ ๔๒๕ บาท) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕,๑๐๐ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๔ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๗,๕๐๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๖. นางฉီး หมัดหมั้น เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๕๓๘๕๕

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๐, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผื่นคันตามตัว เป็นๆหายๆ ผิวแห้ง

อาการ : มีปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้/ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง/กลั้นปัสสาวะไม่ได้

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เบอร์ M (๓๔ ชั้น/ห่อๆละ ๔๒๕ บาท) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕,๑๐๐ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๔ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๗,๕๐๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๗. นายหมุด เส็มหมัด เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๕๒๖๖๑

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๐, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : สมองเสื่อม ต้องมีผู้ช่วยเหลือตลอดเวลา

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/กลั้นลำบาก/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/มีปัญหา ด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้/ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เบอร์ M (๓๔ ชั้น/ห่อๆละ ๔๒๕ บาท) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕,๑๐๐ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๔ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๗,๕๐๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๘. นายเรน หวันละเบ๊ะ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๐๐๑๐๑๐๘๐๙๒๘

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๐, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีไข้ เป็นๆหายๆ มีแผลกดทับบริเวณสะโพกซ้าย ผื่นแดง

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ความสามารถในการมองเห็น/ความสามารถในการได้ยิน/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้/ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

1. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เบอร์ XL (๑๕ ชิ้น/ห่อๆละ ๒๗๐ บาท) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๒๔๐ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๔ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๕,๖๔๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๑๙. นายสมาด ช่างผูก เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๒๔๑๙๘๖

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๔, ADL=๐, TAI=12

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : มีไข้ เป็นๆหายๆ มีแผลกดทับบริเวณสะโพกซ้าย ผื่นแดง

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ความสามารถในการมองเห็น/ความสามารถในการได้ยิน/
ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/มีปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/มี
ความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่
สามารถรับประทานอาหารเองได้/ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. แผ่นรองกัน (๑๐ ชิ้น/ห่อๆละ ๙๐ บาท x ๓ ห่อ) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๒๔๐ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๘ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๔,๘๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๘,๐๔๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๒๐. นางอุไร ทองประสม เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๔๑๓๐๘

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๗, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : Stroke เป็นมาประมาณ ๕ ปี มีอาการอ่อนแรงของขาซีกซ้าย
แขน ซ้อมมือและนิ้วมือข้างซ้ายติดแข็ง ช่วยเหลือตนเองได้น้อย

อาการ : ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง/มีความอ่อนแรง ของกำลังมือ
แขน ขา/ ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. นม (แพ็ค ๖ ก้อน) แพ็คละ ๔๗ บาท จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕๖๔ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๑,๗๖๔ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรรือผีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๒๑. นายถิ่น ถิ่นเนี่ยว เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๕๑๒๙๐

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๔, TAI=13

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีแผลกดทับ

อาการ : กลั้นปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/ช่องปากไม่สะอาด/มี
ความอ่อนแรง ของกำลังมือ แขน ขา/ สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้/ไม่
สามารถรับประทานอาหารเองได้/ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนคอยช่วยพยุง

รายละเอียดงบประมาณ :

1. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เบอร์ M (๓๔ ชิ้น/ห่อๆละ ๔๒๕ บาท) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๕,๑๐๐ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๘ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๒,๔๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๗,๕๐๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรรณีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๒๒. นางขิม นิตยจักร์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๔๓๘๐๗

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๑, ADL=๕, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น :

อาการ : กลืนปัสสาวะไม่ได้/ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ในการเข้าห้องน้ำ/ มีความอ่อนแรงของกำลังมือ แขน ขา/ ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ/สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. ผ้าอ้อมผู้ใหญ่เบอร์ M (๒๐ ชิ้นๆละ ๑๓ บาท/เดือนๆละ ๒๖๐ บาท) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๑๒๐ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๓๒๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
นางสาวหรรณีอะ ขวดหริ่ม

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

๒๓. นางอานวย อินทร์รัตน์ เลขบัตรประจำตัวประชาชน ๕๙๓๐๖๐๐๐๐๙๙๘๒

เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในกลุ่มที่ ๓, ADL=๐, TAI=B3

ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ใส่สาย NG ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้

อาการ : กลืนปัสสาวะไม่ได้/กลืนลำบาก/ช่องปากไม่สะอาด/ มีความอ่อนแรงของกำลังมือ แขน ขา/มีความเจ็บปวดบริเวณพื้นและหลังอก ปากแห้ง/รู้สึกเหนื่อยตลอดเวลา/สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้/ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้/ไม่สามารถอาบน้ำเองได้

รายละเอียดงบประมาณ :

๑. แผ่นรองกัน (๑๐ ชิ้น/ห่อๆละ ๑๓ บาท/เดือนๆละ ๒๖๐ บาท) ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๓,๑๒๐ บาท
๒. ค่าตอบแทน CG ชม.ละ ๕๐ บาท ๒ ชม.ต่อเดือน จำนวน ๑๒ เดือน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท

รวมงบประมาณ ๔,๓๒๐ บาท

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด
มดที่ประชุม
ระเบียบวาระที่ ๕

มีใครต้องการสอบถามหรือเสนอแนะเพิ่มเติมหรือไม่ครับ ถ้าไม่มีผมขอมติที่ประชุมครับ
เห็นชอบ ๗ เสียง ไม่เห็นชอบ ๐ เสียง งดออกเสียง ๑ เสียง

เรื่องอื่นๆ

- ไม่มี

นายศุภรักษ์ เส็มหมัด

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมประชุมท่านและขอบคุณ CM ที่นำเสนอข้อมูลแผนการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฟังก้องในปอดนี้ ซึ่งแจ่มได้ละเอียดและเข้าใจง่ายมากครับ ถ้าหากมีผู้ป่วยเพิ่มก็สามารถศึกษาในระบบได้โดยน่ะครับเพราะมีผู้ป่วยที่ทางกองทุนฯ โอนงบประมาณมาแล้วแต่เสียชีวิตก่อนการดำเนินโครงการ จำนวน ๔ รายที่สามารถทดแทนได้ คือ

๑. นางเจียม โสทะโร หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๔๓๕๔๘

๒. นายพริ้ม ทิพย์รัตน์ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๔๔๘๙๗


๓. นายพริ้ง จิวานิจ หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๕๑๒๓๑

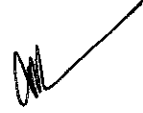
๔. นางสุก หล้าสุก หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๓๙๓๐๖๐๐๐๔๓๕๔๘

ที่สำคัญต้องขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยกันขับเคลื่อนโครงการดังกล่าว เพราะเป็นโครงการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฟังก้อง ซึ่งเป็นสิ่งที่ดีมากๆครับ

๑๕.๓๐ น.

ปิดประชุมเวลา

ลงชื่อ..........ผู้จัดรายงานการประชุม
(นางสาวรอพี้อ๊ะ เทพทอง)
อนุกรรมการกองทุนฯ

ลงชื่อ..........ผู้ตรวจรายงานการประชุม
(นายศุภรักษ์ เส็มหมัด)
เลขานุการกองทุนฯ รักษาการแทน
ประธานคณะกรรมการกองทุนฯ